FISTULE OMBILICALE

ET

CANCER DE L'ESTOMAC

PAR

Le Docteur H. FEULARD
Chef de clinique adjoint de la Faculté.

Extrait des Archives générales de médecine
(nº d'août 1887).

PARIS
ASSELIN ET HOUZEAU, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
Place de l'École-de-Médecine.

1887


LIBRAIRIE
JAÇQUES LECHEVALIER
23, Rue Racine, PARIS VI.

FISTULE OMBILICALE

ET

CANCER DE L'ESTOMAC

FISTULE OMBILICALE

ET

CANCER DE L'ESTOMAC

PAR

Le Docteur H. FEULARD
Chef de clinique adjoint de la Faculté.

Extrait des Archives générales de médecine
(nº d'août 1887).

PARIS
ASSELIN ET HOUZEAU, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
Place de l'École-de-Médecine.

1887



FISTULE OMBILICALE

ET

CANCER DE L'ESTOMAC

Parmi les complications du cancer de l'estomac, il en est une qui n'a jusqu'à présent que fort peu occupé les auteurs, sans doute à cause de sa grande rareté; nous voulons parler de la communication de la cavité stomacale avec l'extérieur à travers les parois abdominales, en un mot de la fistule gastro-cutanée.

Le plus souvent, cette fistule est précédée par une suppuration développée au-devant de l'estomac malade, dans la région sus-ombilicale : le foyer purulent s'ouvre à l'extérieur, puis la paroi est perforée à son tour et la communication s'établit à travers l'abcès.

Un cas de ce genre, fort curieux à divers titres, dont nous avons été naguère témoin dans le service de notre excellent maître, le Dr Duguet, a été l'occasion pour nous de faire quelques recherches sur un sujet qui, nous le croyons, n'a encore été l'objet d'aucun travail particulier.

Voici le cas dont il s'agit : Une jeune femme de 26 ans entrait, au commencement de février 1885, à l'hôpital Lariboisière, se plaignant de fortes douleurs dans le ventre et dans un état de pâleur et d'anémie extrêmes. Comme antécédent pathologique on trouve seulement la syphilis, contractée sept ans auparavant et qui fut très exactement soignée. Pendant l'été de 1884 elle ressentit pour la première fois des douleurs abdominales qui furent assez vives pour l'obliger à garder le lit quelque temps; il y eut même quelques vomissements et

la malade s'aperçut qu'elle maigrissait et perdait ses forces. Elle se sentait suffisamment rétablie cependant au commencement de l'hiver pour se rendre à Marseille; mais bientôt les douleurs de ventre reparurent plus violentes encore et de nouveau la malade s'alita; c'était au mois de décembre. Peu après, elle revenait à Paris et depuis cette époque elle n'a pas cessé d'être malade. Actuellement elle est tourmentée par des douleurs de ventre continuelles, des vomissements et de la diarrhée. L'appétit est nul; l'amaigrissement est très marqué, la peau est décolorée, d'une couleur blanc mat : les règles supprimées depuis trois mois ont fait place à une leucorrhée abondante. L'attention est attirée tout d'abord, naturellement, sur l'état de l'abdomen. En effet, celui-ci, dans sa portion supérieure, est tendu et comme soulevé : au niveau de la région sus-ombilicale existe une tuméfaction dure, lisse, étalée, qui s'étend de l'appendice xiphoïde à l'ombilic et même descend un peu au-dessous de celui-ci : elle se perd sur les côtés sans limite bien nette. Au niveau de l'ombilic la peau semble adhérente à cette masse profonde; elle est peu mobile aux environs; elle est douloureuse à la palpation. Le ventre paraît sain dans sa moitié inférieure : le toucher vaginal ne révèle rien de particulier. Il y a de la fièvre : la température est de 38°.

En face d'un état général mauvais, de la fièvre qui mine chaque jour la malade, des vomissements (ces vomissements sont alimentaires, parfois mélangés de matières bilieuses mais ne contiennent jamais de sang), de la diarrhée, des douleurs abdominales et de la tuméfaction périombilicale, on porte le diagnostic de *péritonite tuberculeuse chronique*, malgré que l'examen des poumons ne révèle aucun signe de tuberculose pulmonaire.

La malade fut mise au traitement par les toniques et on appliqua sur la tumeur des cataplasmes laudanisés. Un accident qui se produisit quelques jours après sembla venir confirmer le diagnostic porté. Huit jours après l'entrée de la malade, on vit apparaître au pourtour de l'ombilic, surtout à la partie supérieure de la cicatrice, de la rougeur; la peau distendue devint chaude et douloureuse (6 février); de la fluctuation

apparut et, le 18 février, du pus se faisait issue par la cicatrice ombilicale. Ce pus s'écoula en petite quantité; c'était un liquide séreux, mal lié, grisâtre, sans *mélange de gaz*, sans odeur particulière. Cet accident n'amenda pas la marche de la maladie : l'affaiblissement allait croissant, la malade rejetait tout ce qu'elle prenait, la diarrhée était pour ainsi dire continue. L'écoulement de pus par l'ouverture ombilicale était peu abondant, sauf lorsqu'on pressait sur les parois abdominales et l'on faisait alors sourdre une assez grande quantité de liquide.

Sur ces entrefaites la malade se mit à tousser (7 mars) et l'on put constater dans la poitrine quelques râles disséminés de bronchite. Au bout d'une dizaine de jours la toux s'arrêta, mais la respiration restait rude au sommet du poumon droit (20 mars); et la température oscillait toujours entre 38° et 39°. Alors survint un peu d'œdème malléolaire (26 mars); et le 8 avril, on constatait au mollet gauche de la thrombose veineuse cachectique. L'état général empirait et la malade s'éteignait le 18 avril, neuf semaines après son entrée à l'hôpital, sept semaines après la formation de cette bizarre fistule ombilicale.

L'autopsie nous ménageait une surprise. Une sonde cannelée est d'abord introduite par l'orifice extérieur de la fistule et pénètre jusqu'au milieu de sa longueur dans une matière molle. Après l'incision de la paroi abdominale, on trouve, en arrière de l'ombilic, une masse fongueuse, noirâtre, entourée et baignée de liquide sanieux. Cette masse adhère à la fois à la paroi abdominale et à la paroi stomacale, si bien qu'en faisant l'incisison longitudinale pour l'ouverture du corps, l'estomac a été ouvert du coup. On peut alors constater que ce viscère, dans sa portion pylorique, a subi la dégénérescence cancéreuse; les parois sont épaissies et présentent l'aspect connu du cancer encéphaloïde; l'orifice pylorique lui-même est respecté. La paroi de l'estomac fait corps, avons-nous dit, avec la masse retro-ombilicale, mais il n'y a *pas de perforation de la paroi stomacale*. Des adhérences limitent sur les côtés cette bouillie cancéreuse.

La cavité abdominale contient un litre environ de sérosité ; le péritoine et les anses intestinales sont indemnes ; le poumon gauche est sain ; le droit renferme au sommet un *noyau tuberculeux* ancien, crétacé ; les plèvres sont saines. En résumé, cancer de la région pylorique, production de végétations cancéreuses au-devant de l'estomac, adhérences de celles-ci à la paroi abdominale, ramollissement de ces fongosités, suppuration et fistule ombilicale.

L'erreur de diagnostic était complète ; mais on conviendra que toutes les circonstances, dans ce cas, semblaient se réunir pour faire écarter l'hypothèse d'un cancer de l'estomac et admettre celle d'une péritonite tuberculeuse ; l'âge de la malade (26 ans), la marche relativement rapide de la maladie, l'absence de vomissements sanglants, la diarrhée, la fièvre toujours fort vive, enfin les signes objectifs mêmes de la tumeur, son ramollissement et finalement la fistule ombilicale purulente.

La fistule ombilicale purulente dans le cours de la péritonite et surtout de la péritonite tuberculeuse est, en effet, un accident encore assez fréquent, comme l'ont montré les travaux de MM. Féréol, Vallin et leurs élèves (1). C'est, au contraire, une complication exceptionnelle du cancer de l'estomac, et alors c'est ordinairement une fistule gastro-cutanée qui s'établit. Cruveilhier (2) dit « qu'il ne connaît pas de cancer de l'estomac ayant eu pour conséquence une fistule gastro-cutanée, mais qu'il n'est pas rare de rencontrer l'extrémité pylorique cancéreuse adhérente à la paroi abdominale, disposition qu'on peut regarder comme le premier degré de la fistule. » Brinton (3) sur six cas de fistules gastro-cutanées

---

(1) Féréol-Second. De la perforation de la paroi abdominale dans la péritonite (Th. Paris 1859). — Vallin. De l'inflammation péri-ombilicale dans la tuberculose du péritoine (Arch. de méd. 1869). — Baizeau. Ruptures spontanées de l'ombilic (Arch. de méd. 1875). — Vendengeon (Th. de Paris 1868).

(2) Cruveilhier. Anatom. Pathol. Tome II, p. 567.

(3) Brinton. Brit. and For. med. chir. Rev. (January 1856, p. 175, and april 1857, p. 479).

qu'il rapporte, en trouve un seul, dû au cancer. Rokitansky (1), citant justement ces ouvertures comme assez fréquentes dans les cas d'ulcère simple de l'estomac, n'aurait observé qu'un seul cas d'origine cancéreuse.

Les traités classiques de pathologie interne, les traités spéciaux des maladies de l'estomac sont pour ainsi dire muets sur le sujet qui nous occupe, et s'ils parlent de la fistule gastro-cutanée d'origine cancéreuse, c'est pour en signaler l'exceptionnelle rareté.

Murchison, dans un travail paru en 1858 (2), ayant eu l'occasion de rechercher dans les auteurs, depuis trois siècles, tous les cas connus de fistules gastro-cutanées, trouva en totalité 25 cas de fistules gastro-cutanées sur lesquelle 6 étaient imputables au cancer, 12 à l'ulcère simple, le reste à des causes diverses. En 1859, M. Féréol, dans sa thèse, rapporte un fait de suppuration retro-ombilicale suivie de fistule à l'ombilic dans un cas de cancer stomacal, et ce fait présente avec notre observation une analogie frappante. L'observation de M. Féréol semble rester longtemps le prototype des cas de ce genre ; et dans le *Dictionnaire Encyclopédique*, M. Nicaise (3) parlant des fistules ombilicales qui succèdent à l'ouverture des péritonites tuberculeuses, pense que la péritonite cancéreuse peut se comporter comme la péritonite tuberculeuse : « Nous n'en connaissons qu'un exemple, dit-il, c'est l'observation que Féréol rapporte dans sa thèse. » Cependant M. Vallin (4) avait déjà attribué aux affections cancéreuses une influence inflammatoire analogue à celle des produits tuberculeux, et citait à l'appui de son dire une observation déjà publiée par M. Bernutz (5).

D'ailleurs, pour excessivement rares qu'elles soient, ces

---

(1) Rokitansky. Path. Anat. Syd. Soc. Edinb. (vol. II, p. 33-43).

(2) Murchison. Medico-chirurg. Transactions 1858, tome 41, p. 12 et suivantes.

(3) Nicaise. Dict. encycl., art. Ombilic 1881.

(4) Loc. citat., p. 575.

(5) Bernutz. Des phlegmons de la paroi abdominale antérieure. (Arch. de Méd. 1850.)

suppurations provoquées par des cancers sont connues des chirurgiens.

M. le professeur Guyon(1), étudiant les phlegmons des parois abdominales, note dans plusieurs cas la présence de masses cancéreuses dans l'épiploon : lui-même observa à la Salpêtrière deux vastes abcès sous-péritonéaux évidemment déterminés par la présence de masses cancéreuses.

M. le professeur Trélat (2), à propos d'un cas d'abcès péri-ombilical, passant en revue les diverses causes de ces abcès, n'a garde d'omettre au nombre de ces causes la présence possible d'un cancer viscéral, stomacal principalement ; et il cite un fait personnel du même ordre, un abcès de la paroi abdominale survenu dans un cas de cancer du cœcum.

Du reste, depuis le travail de Murchison, de nouvelles observations ont été publiées sur le point spécial qui nous occupe, la suppuration avec fistule cutanée dans le cancer de l'estomac; ce sont celles de Coote (1860), Murchison (1869), Lambl (1874), Auger (1875), Monod (1877), Leflaive (1885), qui, rapprochées de celle que nous avons relatée en commençant, vont nous servir à étudier ce petit point d'anatomie pathologique.

Pour ne pas allonger démesurément ce travail, nous allons résumer succinctement les 14 observations que nous connaissons : les 6 premières sont citées dans le Mémoire de Murchison, nous avons seulement pris la peine de vérifier par nous-même l'exactitude de la source et de relire les originaux (3).

---

(1) Guyon. Art. Abdomen du Dict. encycl., p. 177.

(2) Trélat. Leçon faite à l'hôpital Necker (in journal de Méd. et de chir. pratiques, 1882, p. 156-158.)

(3) Il nous a été impossible de nous procurer le journal où se trouve cette observation indiquée par « l'Index Medicus ». Sen. Cancer of stomach ; adhesion and subsequent softening disintegration and perforation of the gastric and abdominal walls allowing free escape of food, etc., through the opening of the wound. — Indian M. Gaz. Calcutta 1884. XIX.

Malgré le soin que nous avons pris à rechercher dans les divers recueils des faits relatifs à notre sujet, il a dû forcément nous en échapper quelques-uns qu'un chercheur plus heureux retrouvera sans doute.

I. — 17... (Sonyer-Dulac, in Lieutaud. *Anat. méd.*, 1767, vol. II, obs. 145, p. 327.)

Femme âgée, atteinte depuis longtemps de fièvre tierce, fut prise de vomissements à la suite desquels apparut une tumeur dans l'hypochondre gauche sous les fausses côtes. Cette tumeur devint chaude et fluctuante.

Ouverture spontanée de l'abcès qui reste fistuleuse.

Écoulement de pus, puis des boissons et des aliments.

Survie : *pas précisée.*

Autopsie. — Pylore scirrheux : dans l'estomac, noyaux cancéreux près la grande courbure : adhérence de l'estomac et communication avec le trajet fistuleux.

II. — 1716. (Petit, in *Mém. Acad. des Sciences*, 1716, p. 312.)

Femme, 35 ans, prise de « fièvre avec douleurs d'estomac, nausées, vomissements, dégoût et colique » ; puis douleurs sourdes dans la région épigastrique près l'ombilic ; on vit apparaître une tumeur grosse comme les poings, non adhérente, peu mobile. Cette tumeur devint bientôt adhérente, pointa vers la peau ; fluctuation.

Ouverture par le chirurgien, reste fistuleuse.

Ecoulement de pus pendant onze jours : odeur infecte ; puis matièrealimentaire.

Survie : trois mois.

Autopsie. — Adhérence de l'estomac à l'épiploon, au côlon transverse par une masse cancéreuse ; sur la grande courbure « un ulcère noirâtre très fétide, arrondi, de deux pouces de diamètre, au centre duquel il y avait une ouverture de la grandeur et figure d'un quart d'écu ». Une sonde mousse introduite par cette ouverture, ressort par la fistule cutanée. Dans le côlon deux champignons adhérents à l'estomac.

III. — 1742. (Wencker, in Haller. *Disput. Chirurg.*, 1756, T. V., n° 125, p. 30.)

Femme, 37 ans, souffrait depuis longtemps de douleurs d'estomac et de vomissements continuels : amaigrissement. Une tumeur se forme à l'ombilic.

Ouverture spontanée : admet bientôt le doigt.

Écoulement : Tous les aliments passaient; appétit conservé jusqu'à la fin.

Survie : trois semaines.

Autopsie. — Estomac adhérent à l'ombilic au niveau du pylore et

adhérent au côlon. L'estomac communique avec le trajet fistuleux. Adhérence du lobe gauche du foie. « Hœc omnia putrida erant. »

IV. — 1832. (Stokes, in *Lancet* 28 janvier et *Arch. de méd.*, 28e vol., p. 264.)

Femme, 49 ans : bonne santé antérieure. Douleurs lancinantes dans l'hypochondre gauche, sensation de brûlure à l'estomac. Au bout de trois mois, tumeur à gauche et un peu au-dessous de l'ombilic, grosse comme un œuf. État s'agrave : *vomissements bilieux*, *pas d'hématémèse*. Vers le neuvième ou dixième mois, la peau de la tumeur rougit.

Ouverture spontanée : orifice de la grosseur d'un pois, situé un peu au-dessus de l'ombilic.

Écoulement pendant deux jours d'une petite quantité de liquide aqueux ; le troisième jour, boissons et aliments liquides.

Survie : trois semaines.

Autopsie. — Manque.

V. — 1851. (Cameron, communication faite à Murchison, citée par celui-ci dans son Mémoire.)

Femme, 50 ans : ayant tous les signes d'un cancer gastrique, présente une tumeur à gauche de l'épigastre.

Ouverture spontanée : orifice de la dimension d'un shilling.

Écoulement : aliments.

Survie : trente-un jours.

Autopsie. — Ne fut pas faite : mais on sentait en introduisant le doigt dans le trajet une masse dure, adhérente, carcinomateuse.

VI. — 1854. (Balluff, in *Mediz. Correspond. Blatt. des Wurtemberg. Aerzt. Vereins*, 1er semestre 1854. — Analyse in *Gaz. méd. de Paris*, 1855, p. 281.)

Femme, 32 ans, mère de dix-sept enfants : atteinte depuis longtemps d'asthme, présenta tous les signes d'une affection abdominale Une tumeur qui parut à la région épigastrique et de la grosseur du poing confirma le diagnostic posé de cancer stomacal. Cette tumeur pointa vers l'ombilic.

Ouverture spontanée par ulcération des téguments.

Écoulement : matière liquide semblable à pulpe cérébrale ramollie, puis aliments. L'ouverture grandit par gangrène.

Survie : un mois.

Autopsie. — Manque.

VII. — 1859. (Féréol, in Thèse doct., Paris, 1859.)

Femme, 52 ans. Bonne santé antérieure. Depuis sept mois, douurs d'estomac, vomissements alimentaires, puis sanglants, caiexie. Aparition de tumeur bosselée à la région épigastrique vers ɔmbilic. Inflammation ; suppuration.

Ouverture spontanée à l'ombilic ; pertuis étroit.

Écoulement : ichor sanieux, fétide, mêlé de gaz.

Survie : trois jours.

Autopsie. — Cancer du pylore. Cancer du foie. Ramollissement de ı paroi antérieure de l'estomac. Il existe un point particulièrement ımolli, de la dimension d'une pièce de 20 c. correspondant à un ɔyer rempli de détritus sanieux et de pus ichoreux, dont les parois ɔnt formées par l'estomac, la paroi abdominale, les adhérences sur ɛs côtés : l'estomac ne communique pas avec ce foyer.

VIII. — 1860. (Coote, in *Transactions of the Pathol. Soc. of London* 1860.)

Homme, 54 ans : depuis quelque temps, douleurs d'estomac, trou-ıles digestifs. Depuis cinq semaines, tumeur élastique, douloureuse, ans l'hypochondre gauche ; cette tumeur s'enflamme.

Ouverture chirurgicale : formation d'autres trajets fistuleux.

Écoulement : mauvais pus, sans odeur.

Survie : six semaines.

Autopsie. — Trajets fistuleux à travers la paroi abdominale. L'ex-rémité pylorique de l'estomac est adhérente à la paroi ; la moitié *ylorique* du viscère est cancéreuse; adhérence du côlon. L'estomac ıe communique pas avec les trajets.

IX. — 1869. (Murchison, in *Transact. of the Pathol. Soc. of London,* 869.)

Homme, 50 ans. Depuis trois ans, troubles gastriques ; depuis ıuelques mois, vomissements ; depuis dix semaines, douleurs cons-antes à l'ombilic : tumeur grosse comme une noix de coco, située à a partie inférieure de l'épigastre. Fièvre, augmentation de la tu-neur, fluctuation.

Ouverture chirurgicale au-dessus de l'ombilic ; un mois après, ou-erture spontanée à l'ombilic.

Ecoulement : pus en quantité, fragments alimentaires non colorés le bile.

Survie : un mois.

Autopsie. — Les deux orifices conduisent à une cavité grosse comme

une orange, à parois anfractueuses, formées par le côlon, le foie, la vésicule biliaire, la paroi abdominale. La cavité communique avec l'estomac par une ouverture d'un pouce et demi.

La portion pylorique est atteinte de cancer médullaire.

X. — 1874. (Lambl, in *Gaz. méd. de Paris*, 1874, p. 230.)

Homme, 40 ans : malade soigné depuis longtemps pour abcès du foie ; il se forme une tumeur épigastrique qui s'abcède.

Ouverture à la pâte de Vienne. Il reste une fistule dont l'orifice a les dimensions d'un demi-pois.

Ecoulement d'un liquide purulent avec produits alimentaires reconnus au microscope.

Survie : *pas précisée.*

Autopsie. — *Cancer médullaire* de la petite courbure : pas d'altération au pylore, ni au cardia ; foie cancéreux, estomac et foie adhérents à la paroi abdominale. Le trajet fistuleux contourne le bord du foie.

XI. — 1875. (Auger. *Bullet. de la Soc. anat.* Paris, 1875.)

Femme, 49 ans : douleurs épigastriques ; digestions difficiles, vomissements fréquents ; pas d'hématémèse : tumeur épigastrique. Fièvre, augmentation de la tumeur qui rougit, devient fluctuante.

Ouverture au bistouri, à gauche de l'ombilic.

Ecoulement : 250 gr. de pus louable sans odeur : un mois après, la peau s'ulcère à l'ombilic : issue des liquides alimentaires.

Survie : trois mois.

Autopsie. — Adhérence de la paroi abdominale avec l'estomac. Cancer *squirrheux* de l'extrémité *pylorique :* ouverture de la fistule dans l'estomac à la paroi antérieure.

XII. — 1877. (Monod, in *Bullet. de la Soc. Anat.*, Paris, 1877.)

Femme, 66 ans : Dépérissement depuis six mois ; perte d'appétit, pas de vomissements ; se présente avec une fistule ombilicale récemment ouverte.

Ouverture spontanée ; admet sonde cannelée.

Ecoulement : liquide séreux, roussâtre, inodore, contenant quelques gaz.

Survie : quinze jours après l'entrée à l'hôpital : un mois environ depuis la formation de la fistule.

Autopsie. — L'estomac, le foie et le côlon transverse forment une masse compacte ; au voisinage du *pylore*, large surface ulcérée, re-

couverte de détritus grisâtres. Un stylet introduit au fond de la poche arrive dans l'estomac.

XIII. — 1885. (Duguet et Feulard. C'est l'observation qui fait le sujet de ce mémoire.)

Femme, 26 ans. Depuis plusieurs mois troubles gastriques, vomissements continuels, pas d'hématémèses. Tumeur aplatie occupant la région sus-ombilicale ; douloureuse. Ramollissement de la tumeur, fièvre, inflammation.

Ouverture spontanée à l'ombilic.

Écoulement : pus grisâtre, sans odeur.

Survie : sept semaines.

Autopsie. — L'estomac et le côlon forment une masse fongueuse, adhérente à l'ombilic : adhérences sur les côtés. Il en résulte une sorte de foyer sanieux dans lequel aboutit la fistule cutanée : pas de communication avec l'estomac. La moitié *pylorique* est atteinte de cancer encéphaloïde.

XIV. — (Leflaive. *Bullet. Soc. anat.* Paris, 1885.)

Homme, 62 ans. Depuis un mois, amaigrissement. Vomissements alimentaires, jamais d'hématémèses. Douleur au-dessous des fausses côtes, tuméfaction, rougeur.

Ouverture : ponction, puis ouverture au thermo-cautère.

Ecoulement de pus ; au fond, on voit noyaux cancéreux ; pas d'issue d'aliments.

Autopsie. — L'estomac est épaissi : ulcéré dans sa moitié pylorique par cancer *colloïde*. La face antérieure de l'estomac adhère au foie et à la paroi abdominale. Le foie est cancéreux. Le trajet fistuleux longe le bord du foie et s'abouche dans l'estomac.

Quelles sont les conclusions à tirer de la lecture de ces observations ?

Dans quelques cas rares de cancer de l'estomac, on voit se développer, entre l'estomac (réuni par des adhérences au foie, au côlon transverse et à la paroi abdominale), et cette même paroi un foyer de suppuration qui tend à se faire jour du côté de la paroi abdominale.

Le siège de cette tumeur inflammatoire est variable. On peut dire qu'on la trouve ordinairement dans la région épigastrique au-dessus de l'ombilic ; les lésions trouvées à l'autopsie donnent la raison de ce siège.

La tumeur existait à cet endroit dans les observations de Petit, Wencker, Stokes, Cameron, Balluff, Féréol, Murchison, Auger, Monod, Duguet et Feulard; dans les deux observations de Sonyer-Dulac et de Coote, elle siégeait dans l'hypochondre gauche, mais près de l'ombilic ; dans celle de Leflaive, la tumeur était dans l'hypochondre droit : mais dans ce cas, le foie était intéressé.

Dans tous les cas, on a noté que la formation de cette tuméfaction, s'accompagnait de douleur et de *fièvre*. Au bout d'un temps relativement court, cette tumeur se ramollit : la peau rougit à la surface et bientôt on constate de la fluctuation. Si l'on n'intervient pas, la suppuration tend à se faire jour au dehors spontanément; la peau s'ulcère et la perforation a lieu. Sur les 14 observations que nous citons, 8 fois l'ouverture s'est faite spontanément (obs. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 12, 13); les six autres fois, la tumeur a été ouverte par le chirurgien ; au bistouri (obs. 2, 9), à la pâte de Vienne (obs. 10), au thermocautère (obs. 14).

L'ouverture spontanée se fait ordinairement au sommet de la tumeur. Dans quelques cas, elle eut lieu à la cicatrice ombilicale, point de plus faible résistance (obs. Féréol, Monod, Duguet et Feulard). Dans l'observation de Murchison, la tumeur fut d'abord ouverte au bistouri au-dessus de l'ombilic ; mais un mois après, une ouverture spontanée eut lieu à l'ombilic.

Cette ouverture à l'ombilic est de beaucoup la plus intéressante ; c'est la seule vraiment importante au point de vue du diagnostic : car ainsi s'établit une variété peu connue de fistule ombilicale. La fistule qui résulte de l'ouverture de la tumeur est ordinairement unique : cependant, dans le cas de Murchison il y eut deux ouvertures ; et dans celui de Coote les trajets fistuleux étaient multiples. Les dimensions de l'orifice externe de la fistule sont variables : tantôt on introduit à peine un stylet de trousse (obs. Féréol), d'autres fois on fait pénétrer une sonde cannelée (obs. Monod, Duguet et Feulard), un demi-pois (Lambl). Quand la fistule dure depuis un certain temps, on peut voir l'orifice externe s'élargir par ulcération de ses bords, et alors on peut y faire pénétrer le doigt (Wenc-

ker) un shilling (Cameron). C'est dans ces cas qu'on a pu, soit apercevoir directement les bourgeons cancéreux, soit les tteindre facilement par le toucher. Au moment de l'ouver-ure de la tumeur, il sort un liquide purulent, ordinairement éreux, mal lié, grisâtre, ayant parfois une odeur fétide (obs. Féréol), pouvant être mélangé de quelques bulles de gaz (obs. Féréol, Monod).

La quantité rendue est variable, tantôt fort peu abondante, antôt très abondante (obs. Murchison), un plein crachoir Auger) : quelquefois, en pressant sur le ventre, on fait sortir ne grande quantité de pus. Rarement l'écoulement reste urulent (obs. Féréol, Monod, Duguet et Feulard, Leflaive) ; e plus souvent au bout d'un temps variable, après onze jours Petit), un mois (Auger), trois jours (Stokes), on voit sortir ar la fistule des matières alimentaires liquides, tantôt facile-nent reconnaissables si la fistule est large, tantôt seulement évoilées par l'examen microscopique (Lambl). Cet écoule-nent de matières alimentaires a, comme on pense, une grande nportance, puisqu'il indique sûrement que l'estomac est erforé et communique avec la fistule. Cependant, l'estomac eut être ouvert sans qu'il s'écoule au dehors de liquides limentaires, soit par une disposition spéciale de l'ouverture, on étroitesse (obs. Monod), soit à cause du trajet compliqué e la fistule (obs. Leflaive).

Combien de temps se prolonge la vie après la formation de fistule ? D'après les observations où ce renseignement a été xactement noté, nous trouvons : 3 jours (obs. Féréol), 3 se-aines (Wencker, Stokes), 23 jours (Leflaive), 1 mois (Came-on, Balluff, Murchison, Monod), 6 semaines (Coote), 7 se-aines (Duguet et Feulard), 3 mois (Petit, Auger). Ces chiffres nt leur importance au point de vue du pronostic général : on eut dire que, d'une façon moyenne, la production de la fis-le est un accident qui annonce la mort dans un délai assez ourt : un mois est la moyenne prise d'après nos observations.

La mort arrive par les progrès de la cachexie ; la suppura-on et la fistule contribuent encore à affaiblir les malades.

Quelles sont les lésions trouvées aux autopsies? En arrière

de la paroi abdominale on rencontre un foyer à parois anfra
tueuses remplies de détritus sanieux : ce foyer est limité
arrière par l'estomac, le lobe gauche du foie et le côlon tran
verse réunis par des adhérences intimes formant ensemb
parfois une masse compacte ; en avant par la paroi abdom
nale ; sur les côtés par des adhérences unissant les viscères
la paroi : le plus souvent, la région pylorique adhère à
paroi.

Le siège du cancer est presque toujours la région du pylo
(obs. 1, 3, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14) : une fois la grande courbu
(obs. 2) ; une autre fois la petite courbure (obs. 10).

La forme anatomique du cancer, quand elle a été relaté
est presque toujours la forme encéphaloïde, le cancer colloïd
ou médullaire. On conçoit, en effet, que ces formes molles d
cancer produisent plus facilement le ramollissement et la pe
foration de la paroi que les formes dures : cependant,
squirrhe a été trouvé deux fois (obs. 1, 11).

Le foie participait à la dégénérescence cancéreuse dan
deux cas (obs. 10,14) ; nous retrouverons plus loin une intéres
sante observation de cancer de l'estomac avec cancer du foi
et suppuration ouverte à la paroi. Le côlon transverse particip
parfois à cette dégénérescence (obs. 2).

Profondément, il n'y a aucune communication avec l'es
tomac (Féréol, Coote, Duguet et Feulard) ; ou bien l'on trouv
un orifice conduisant dans la cavité du ventricule.

Dans l'observation de M. Féréol, il n'y avait pas d'ouver
ture stomacale, mais la paroi antérieure de l'estomac étai
tellement ramollie en un point correspondant au foyer puru
lent, que la perforation était imminente et se fut sans dout
effectuée si la malade avait vécu davantage.

L'ouverture stomacale, quand elle existe, siège ordinaire
ment sur la paroi antérieure de l'organe, à une petite distanc
du pylore : tantôt elle est fort petite (stylet de trousse, obs
Monod) ; tantôt elle est de grandes dimensions (un pouce e
demi, Murchison). Enfin l'ouverture peut siéger ailleurs ; su
la grande courbure (obs. Petit) : dans les deux observations d
Lambl et de Leflaive, le trajet fistuleux contournait le bord du

foie : dans ces deux cas d'ailleurs, le foie était atteint de cancer.

Le cas le plus fréquent est donc celui d'un foyer purulent en communication avec la fistule cutanée d'une part, avec l'estomac de l'autre. Mais comme nous avons vu précédemment le foyer communiquer seulement avec l'extérieur, l'estomac n'étant pas ouvert, inversement on a pu voir un foyer purulent communiquer avec l'estomac, la paroi abdominale étant encore intacte. Voici, en effet, ce que l'on trouva à l'autopsie d'une femme, âgée de 30 ans, malade depuis quatre mois seulement (1).

« L'estomac est entouré de tissus dégénérés et se trouve enclavé au milieu d'une masse ganglionnaire considérable. Après avoir enlevé et disséqué cet organe, on constate que sa cavité est rétrécie ; que sa paroi est épaissie et en certains points altérée, exulcérée, surtout au voisinage de l'extrémité *pylorique*. A deux centimètres et demi de cette extrémité on trouve un orifice dans lequel peut pénétrer l'extrémité du petit doigt. Cet orifice est irrégulier, déchiqueté, à bords épaissis et indurés : il conduit dans une cavité anfractueuse considérable, laquelle se trouve limitée de la façon suivante : en haut par la paroi de l'estomac, en avant par la paroi abdominale, laquelle est très adhérente à la poche surtout *au niveau de l'ombilic ;* dans ce dernier point, elle présente une *épaisseur très peu considérable*. En arrière, cette cavité est limitée par des adhérences qui s'étendent de la paroi postérieure de l'estomac au côlon transverse et par une masse ganglionnaire considérable. Enfin en bas, le côlon transverse ferme la cavité : cet intestin présente à sa face interne une ulcération allongée qui, si elle avait eu le temps d'amener une perforation, aurait mis l'estomac en communication presque directe avec le côlon transverse. »

Enfin, l'on peut rencontrer des foyers de suppuration complètement indépendants, n'ayant encore aucune communication ni avec l'estomac, ni avec la paroi.

(1) Villard. Observation présentée à la Société Anatomique 1873. On remarquera qu'il s'agit là encore d'une femme jeune et malade depuis peu de temps.

Tel ce fait qui nous a été rapporté par notre maître, M. Duguet : « En 1883, en pratiquant l'autopsie d'une femme de 55 ans, morte d'un carcinome latent de l'estomac, il trouva un foyer séro-purulent entre la paroi ombilicale et l'estomac, entouré de fausses membranes, reposant sur un carcinome du pylore de nature squirrheuse ». Et encore cet autre fait rapporté par M. Debelut (1). « En incisant la paroi abdominale, on tombe à la partie supérieure sur une poche de 10 centimètres environ de haut sur autant de large, contenant un demi-verre de pus..... La poche adhère fortement à la paroi antérieure de l'estomac. Les intestins étant détachés, on isole complètement l'abcès et on constate que la poche adhère à l'estomac et au hile du foie ; elle correspond à la partie pylorique de l'estomac. Cet organe étant incisé depuis le cardia, on voit qu'il ne contient pas de pus, preuve de son isolement de la poche purulente ; mais au niveau des adhérences mentionnées plus haut, les parois stomacales sont épaissies ; à cinq centimètres environ de l'orifice pylorique se trouve un champignon ulcéré, probablement encéphaloïde. »

Dans ces deux cas, la suppuration s'est développée en dehors de l'estomac et par simple inflammation de voisinage. Il en a été sans doute de même dans notre observation, dans celle de M. Féréol, dans celle de Coote, où l'on ne trouva pas à l'autopsie de communication entre le foyer et le ventricule gastrique. Ce point limité et ramolli dont il est question dans l'observation de M. Féréol, semble être le point de départ d'une perforation stomacale : enfin, dans la plupart des observations, l'écoulement des matières alimentaires, indice de la perforation de l'estomac, n'a lieu que plusieurs jours après l'écoulement de pus.

Faut-il donc admettre que la perforation stomacale se fasse la seconde, après que l'abcès développé au devant de l'estomac s'est déjà fait jour au dehors ? Ou bien faut-il seulement attribuer le retard dans l'apparition des matières alimentaires à l'étroitesse de la fistule, à sa disposition particulière ? De fait,

---

(1) Debelut. Du cancer de l'estomac. Th. Paris 1880.

dans des cas où l'on a trouvé cependant l'ouverture stomacale, le foyer ne contenait pas de matières alimentaires.

Nous fondant sur les deux derniers faits que nous avons cités, sur celui de M. Féréol, sur le nôtre, nous croyons que la suppuration développée au-devant de l'estomac dans certains cas de cancer pylorique précède la perforation de la paroi stomacale, et que l'ouverture de cette suppuration au dehors est également antérieure le plus souvent à l'ouverture de l'estomac.

Quoiqu'il en soit, un fait reste désormais acquis. Le cancer de l'estomac, surtout le cancer pylorique, peut dans quelques cas, rares il est vrai, provoquer dans son voisinage une inflammation telle qu'un abcès en soit la conséquence.

Cet abcès se développe de préférence au devant de la paroi antérieure de l'estomac, dans la région épigastrique, un peu au-dessus de l'ombilic.

La suppuration tend à se faire jour à l'extérieur et s'ouvre spontanément, si l'on n'intervient pas.

Cette ouverture spontanée peut se faire à l'orifice ombilical, point de faible résistance.

De là résulte une variété de fistule ombilicale suppurante, peu connue et intéressante au point de vue du diagnostic.

Nous ferons remarquer que les femmes paraissent particulièrement sujettes à ce genre de complication puisque, sur les quatorze cas que nous rapportons, dix ont trait à des femmes.

II

Ainsi qu'on peut le voir par les observations que nous avons rapportées, le diagnostic ne semble pas ordinairement devoir jamais présenter de difficultés.

Les symptômes gastriques furent toujours assez nets pour faire reconnaître la présence d'un cancer stomacal ; si bien que, lorsque la suppuration apparut, on la rapporta de suite à sa véritable cause.

Cependant dans l'observation de Monod, les symptômes gastriques étaient à peu près nuls : il y avait seulement du

dépérissement et une fistule ombilicale purulente qui existait déjà avant l'entrée de la malade à l'hôpital, sans que celle-ci pût donner de renseignements exacts. Enfin l'on se souvient de l'ensemble symptomatique peu ordinaire qui existait dans notre observation et comment il nous induisit en erreur. Il sera donc bon d'avoir présentes à l'esprit les diverses causes capables de produire ainsi une fistule ombilicale suppurante.

Une première cause d'erreur à éviter, c'est la suppuration toute locale que provoquent parfois dans les replis de la cicatrice la malpropreté, voire l'irritation eczémateuse. M. Vallin(1) l'a déjà signalée. Cette année même nous avons été témoin d'un fait semblable. Chez une femme de 23 ans, ayant des lésions tuberculeuses des poumons, et qui se plaignait de douleurs de ventre, en même temps que nous trouvions la paroi abdominale tendue et sensible, nous remarquions au niveau de l'ombilic une légère suppuration que la malade disait exister depuis six mois; nous cherchâmes immédiatement si nous n'avions pas affaire à une fistule. Le stylet ne pénétrait nulle part; il suffit d'ailleurs de quelques jours de pansement avec l'eau blanche pour faire disparaître ce suintement de si longue durée.

Il serait fastidieux et inutile de passer en revue toutes les origines des fistules ombilicales purulentes; un fort petit nombre d'ailleurs ressortissent au point de diagnostic qui nous occupe.

La fistule entéro-ombilicale due, par exemple, au cancer de l'intestin, se reconnaîtra à l'écoulement purulent et à la fois stercoral; la fistule biliaire au liquide spécial qui s'en écoule, parfois aux calculs rendus par l'ouverture.

On ne connaît, paraît-il (2), qu'un seul cas d'abcès du foie terminé par une fistule ombilicale, mais voici un fait bien curieux qui trouve ici doublement sa place, puisqu'il s'agit d'un cancer de l'estomac dans le cours duquel survint une suppuration péri-ombilicale ouverte à la paroi, mais cette

---

(1) Loc. citat., p. 569.
(2) Art. Ombilic. Dict. Encyclop.

suppuration venait du foie devenu cancéreux au contact de l'estomac (1). Il s'agit d'un homme de 59 ans qui, un mois après la perte de l'appétit et des forces, ressentit de vives douleurs à l'épigastre. Les douleurs allèrent en augmentant en même temps qu'apparut une tuméfaction et que la peau devenait rouge et chaude. Jamais le malade n'avait eu de vomissements alimentaires, ni d'hématémèses : à son entrée à l'hôpital il était fort amaigri, d'une teinte jaune paille très marquée et présentait au niveau de l'épigastre une tuméfaction assez volumineuse, douloureuse, chaude et fluctuante. On ouvrit cette tumeur au bistouri ; il s'en écoula un pus assez liquide mêlé de sang et de débris de tissu cellulaire sphacélés et d'odeur infecte. Une légère amélioration sembla suivre cette évacuation : la plaie bien détergée se comblait peu à peu quand, une dizaine de jours après, le malade tomba dans le coma et succomba. A l'autopsie on trouva derrière le foyer qui avait été ouvert un autre foyer de suppuration adhérent au foie et à l'estomac, limité à sa périphérie par des adhérences... Sur la face postérieure de l'estomac, près du pylore, on trouva une tumeur du volume des deux mains et empiétant sur la petite courbure. « Cette tumeur fait saillie à la surface interne de l'estomac ; elle est formée par des bourgeons mous, grisâtres, ne saignant pas ; au centre, existe une vaste cavité anfractueuse, irrégulière, ayant tous les caractères d'une ulcération cancéreuse. Le pylore est sain.

L'abcès de la paroi abdominale avait une origine profonde ; le trajet fistuleux qui part de cette paroi, du diamètre d'une petite plume d'oie, se dirige obliquement en haut, à droite et en arrière pour se perdre dans le lobe gauche du foie. Suivi dans l'épaisseur de l'organe, on le voit se dilater progressivement et s'aboucher dans une cavité triangulaire à base postérieure et renfermant une grande quantité de pus. Cette cavité présente plusieurs diverticules dont un peut contenir une

(1) Cancer du foie et de l'estomac, abcès du foie, phlegmon épigastrique, fistule. Observ. présentée à la Soc. anat. par M. Derville, interne des hôpitaux (1884).

noix; autour de ce foyer, les canalicules bilieux sont très dilatés, le foie est un peu volumineux et dur. Au centre de la cavité abcédée, on trouve un noyau cancéreux, blanchâtre, ramolli au centre, offrant le diamètre d'une pièce de deux francs. Des coupes du foie montrent deux autres noyaux; l'un au centre, l'autre superficiel ramolli à son centre. »

Autrement importantes sont les fistules purulentes d'origine péritonitique.

Nous laissons naturellement de côté les fistules survenues dans la péritonite aiguë des enfants, et les fistules des péritonites puerpérales, et même les fistules consécutives à la péritonite chronique, quand celle-ci, généralisée à tout l'abdomen a des symptômes bien définis, et qui n'ont aucun rapport avec la marche clinique du cancer.

Mais il est des formes chroniques de tuberculose du péritoine, à marche insidieuse, sans grand retentissement, à siège périombilical, qui suppurent et s'ouvrent à l'ombilic : dans ces cas la question de diagnostic peut se poser.

« Dans certains cas de tuberculisation du péritoine, dit M. Vallin (1), on voit survenir au voisinage de la cicatrice ombilicale, une rougeur et un œdème violent de la peau qui persistent pendant un temps assez long, variable de un à deux mois; l'absence d'élancements, de sensibilité à la pression, de fluctuation, de réaction fébrile concomitante distingue ces cas de ceux où il existe un phlegmon des parois abdominales. Ces symptômes peuvent être l'indice précoce d'une perforation ombilicale; d'autres fois on les voit disparaître lentement, dans une des périodes de rémission, de la maladie principale, presque sans avoir éveillé l'attention du patient, mais non sans avoir fourni une indication diagnostique et pronostique sérieuse. »

Quant aux phlegmons de la paroi abdominale, ceux qui ont été décrits par M. Bernutz n'ont aucun rapport avec le sujet

(1) Vallin. Loc. citat., p. 569.

ui nous occupe (1). On trouvera cependant dans son excellent
avail, une observation très intéressante de cancer de l'épi-
loon et de l'intestin, s'étant accompagné de phénomènes
nflammatoires, tendant à la formation d'un abcès dans la
égion ombilicale.

Nous signalerons en terminant les très curieuses variétés
'abcès limités à la région ombilicale, et dus vraisemblable-
ient à une tuberculose locale.

M. G. Richelot (2) a publié l'histoire d'un malade âgé de
5 ans, atteint d'une fistule ombilicale qu'il n'hésite pas à
apporter à un abcès tuberculeux développé au-dessous de
'ombilic.

M. le professeur Verneuil (3) a bien voulu nous communi-
uer oralement un cas analogue. Une religieuse de la Pitié,
crofuleuse dans son enfance et guérie d'une ancienne coxal-
ie, se fit une contusion de la région sous-ombilicale en pous-
ant violemment un tiroir ; il survint à la suite une tumeur
luctuante que l'on incisa ; il sortit du liquide semblable à du
ait ; la plaie resta fistuleuse, la malade mourut phthisique.
M. Verneuil ne s'occupait pas encore à l'époque des tubercu-
oses locales, mais il est convaincu qu'il eût alors affaire à un
cas de cette nature.

Enfin, nous rappellerons que M. Heurtaux (4) a décrit sous
le nom de phlegmon sous-ombilical une affection inflammatoire
développée en général dans le cours d'une autre maladie (puer-
péralite, rougeole, fièvre typhoïde, broncho-pneumonie) et
placée dans la paroi abdominale antérieure au-dessous de l'om-
bilic. La forme aiguë de ce phlegmon évolue comme tous les
phlegmons : la forme subaiguë présente une marche analogue
à celle que nous avons étudiée dans les suppurations provo-
quées par le cancer. La région devient douloureuse, se tumé-
fie : la consistance d'abord ferme se ramollit, la tumeur de-
vient fluctuante et s'ouvre d'elle-même, si on n'intervient pas,

(1) Bernutz. Des phlegmons de la paroi antérieure de l'abdomen. In Archives de médecine (1850).
(2) Union médicale. Leçon faite à l'Hôtel-Dieu, janvier 1883.
(3) Rapporté dans la leçon de M. Richelot.
(4) Mém. Société de Chir. 1877.

à la cicatrice ombilicale. Le pus qui s'écoule est parfois phlegmoneux, parfois séreux ; son odeur est forte ; une fois elle avait une fétidité remarquable : jamais il ne sort de gaz. Ce dernier détail peut avoir son importance, eu égard à ce que nous avons vu dans les suppurations provoquées par le cancer ; mais, ce qu'il faut avant tout bien savoir, c'est que ces sortes de phlegmons ont leur siège au-dessous de l'ombilic, tandis que dans le cancer, la tumeur est d'abord au-dessus de l'ombilic.

Cette tumeur du phlegmon sous-ombilical a d'ailleurs une forme particulière sur laquelle M. Heurtaux a appelé l'attention : elle est demi-elliptique. Sa base regarde en haut, affleure la cicatrice ombilicale, tandis que le sommet de la courbe dirigée en bas est plus ou moins distant de l'ombilic. M. Heurtaux assigne en effet comme siège à ce phlegmon, « une loge aponévrotique limitée en avant par l'aponévrose de l'abdomen, en arrière par le fascia infra-umbilicalis, en haut par les adhérences de ce fascia à la cicatrice ombilicale et sur les côtés par l'union intime du même fascia avec l'aponévrose d'enveloppe des muscles droits de l'abdomen. » Quand l'ouverture fistuleuse est faite, le stylet recourbé et dirigé en bas parcourt toute la cavité de l'accès.

En somme, ces affections sont aussi fort rares et nous croyons qu'il suffira, comme pour la suppuration dans le cancer, d'être prévenu de leur possibilité pour arriver par une analyse rigoureuse des symptômes au diagnostic exact.

Si dans l'observation qui a été le point de départ de cette étude une erreur de diagnostic fut commise, erreur fort instructive d'ailleurs, c'est que ces faits de suppuration et de fistule dans le cancer de l'estomac sont à vrai dire mal connus, et si l'on put songer à une tuberculose probable, c'est que les symptômes présentés par notre malade se rapprochaient bien plus de ceux qu'on observe dans la tuberculose péritonéale que de ceux du cancer de l'estomac.

Il faut dire cependant que nous avions affaire à un cancer chez une malade encore jeune (vingt-six ans) et qu'il semble que le cancer de l'estomac, quand il est précoce, présente une physionomie particulière que nous rappellerons brièvement.

Par cancers précoces de l'estomac, il faut entendre ceux qui surviennent chez des personnes âgées de moins de trente ans. M. Bucquoy (1) a observé un cancer de l'estomac chez une femme âgée de 25 ans : on trouve dans Valleix un autre cas relatif à une malade de vingt-cinq ans ; mais ces faits restent à l'état de rareté. Notre malade n'avait que 26 ans.

Il y a peu de temps, M. Bard (2), agrégé à la Faculté de Lyon, a publié deux faits de cancer stomacal relatifs à des malades de 28 ans. A la même époque, un de ses élèves, M. Mathieu, a fait « du cancer précoce de l'estomac » le sujet de sa thèse inaugurale. Sur 441 cas de cancers réunis par M. Mathieu (3) dans les divers auteurs, il est arrivé à une moyenne d'à peine un pour cent de cancers survenus avant la trentième année.

En analysant ces quelques observations de cancer précoce on trouve que la maladie suit alors une marche un peu différente de celle qu'elle présente dans le cas de cancer ordinaire. C'est ainsi que les douleurs sont habituellement moins vives; les vomissements sont moins abondants, les *hématémèses sont l'exception.*

En revanche, on observe quelquefois des vomissements incessants, à ce point que chez des femmes enceintes atteintes de cancer, on a pu croire de ce fait a des vomissements incoercibles de la grossesse et provoquer, pour essayer de les arrêter, l'accouchement prématuré : le diagnostic exact fut reconnu dans la suite.

La teinte jaune paille des téguments manque le plus souvent, et l'on remarque plutôt « une simple pâleur de la face avec décoloration des muqueuses telle qu'on l'observe dans la chlorose, et à la suite d'hémorrhagies répétées. » On conçoit que cette anomalie dans les symptômes ait été cause dans bien des cas d'erreurs de diagnostic et nous trouvons que le cancer précoce a été confondu avec les vomissements de la

(1) In thèse de Loiseaüx. Paris 1875.
(2) Bard. In Lyon Médical 1884.
(3) Thèse de Lyon, 1884.

grossesse, une cirrhose alcoolique avec ascite, une *pleuro-péritonite tuberculeuse*, une *péritonite tuberculeuse*.

Ajoutons encore que la marche du cancer précoce est plus rapide que celle du cancer ordinaire, à ce point qu'on arrive à lui donner comme durée moyenne *trois mois* seulement. Si l'on veut bien rapprocher ces diverses particularités de ce que nous avons relevé dans notre observation, on verra que les analogies sont grandes.

Notre malade souffrait en effet de vomissements continuels; jamais elle n'eut d'hématémèses, la coloration de ses téguments était celle de l'anémie; la maladie a duré six mois; elle a été confondue avec une péritonite tuberculeuse.

Enfin, dans un des deux cas de M. Bard, on trouva une perforation de la dimension d'une pièce de 20 centimes, située à 5 ou 6 centimètres du pylore, au milieu de la paroi antérieure de l'estomac ramollie et amincie; le pylore était cancéreux; on trouva également un noyau cancéreux dans le foie, et au sommet du poumon droit un petit tubercule induré : la maladie avait duré cinq mois. La ressemblance de ce dernier fait n'est-elle pas très grande avec l'histoire de notre malade.

Cette histoire était donc intéressante à divers titres et c'est pourquoi nous avons voulu l'exposer longuement en l'entourant des considérations qu'elle a fait naître pour nous. Elle est intéressante :

Comme cancer de l'estomac, précoce, ayant pris le masque d'une autre affection, la péritonie tuberculeuse ;

Comme cancer de l'estomac ayant présenté cette complication excessivement rare d'une suppuration préstomacale et d'une fistule ombilicale consécutive.

Paris. — Typ. A. Parent, imp. de la Fac. de méd. A. Davy, succ.
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

A LA MÊME LIBRAIRIE

ÉTUDES MÉDICALES

DU

PROFESSEUR LASÈGUE

2 beaux volumes in-8.

Études biographiques.	*Études psychologiques.*
— de pathologie mentale.	*— cliniques.*

Prix. . . . . 25 fr.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3